

## ارزیابی ثبت اطلاعات در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۱۳۸۰

مهرناز مشعوفی<sup>۱</sup>، فیروز امانی<sup>۲</sup>، دکتر خلیل رستمی<sup>۳</sup>، افروز مردی<sup>۴</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** اطلاعات بیماران بستری از منابع بسیار مهم برای تحقیقات، آموزش پزشکی، فرایند درمان بیماران و مراجع قضایی به شمار می رود و ثبت صحیح و کامل و به موقع آنها می تواند نقش اساسی در تولید داده های مورد نیاز این گونه پژوهش ها ایفا نماید. تحقیق حاضر به ارزیابی کمی و کیفی این داده ها در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل می پردازد.

**روش کار:** در این تحقیق ۳۷۰ پرونده بیمارستانی از بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل مورد بررسی قرار گرفت. در هر بیمارستان از بین پرونده های بیماران بستری شده متناسب با تعداد بستری شدگان یکسال، نمونه هایی بطور تصادفی انتخاب گردید، سپس بر اساس برگ پذیرش و خلاصه ترخیص پرونده های انتخاب شده، چک لیست تهیه شده تکمیل گردید. اطلاعات مورد بررسی شامل اطلاعات هویتی، پذیرش و ترخیص بیماران، انتقالات بین بیمارستان ها و بخش ها، اطلاعات تشخیصی، درمانی، جراحی و اطلاعات مربوط به فوت و بالاخره تاییدیه ها بصورت ثبت شده یا نشده در چک لیست ها مشخص گردید. داده ها با استفاده از آمار توصیفی تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته ها:** یافته ها نشان داد که جنس، وضعیت تاهل، تاریخ تولد، محل تولد، به ترتیب در ۵/۹٪، ۱۵/۷٪، ۲/۴٪، ۵۱/۶٪ پرونده های بیمارستانی ثبت نشده بود. در ۲۸/۱٪ تشخیص اولیه، ۴۱/۱٪ تشخیص حین درمان، ۳۹/۲٪ تشخیص نهایی و ۴۸٪ اقدامات درمانی و جراحی ثبت نشده بود. با وجودی که حداقل ۱۳٪ بیماران به علت حوادث، آسیب ها و مسمومیت ها بستری شده بودند، فقط در ۸/۵٪ از پرونده ها علت خارجی ثبت شده بود. در ۶۸/۶٪ از پرونده ها وضعیت هنگام ترخیص و در ۷۶/۳٪ از آنها توصیه های پس از ترخیص ثبت نشده بود. ۴/۵٪ از پرونده های مورد مطالعه مربوط به بیماران متوفی بود ولی فقط در ۳۱٪ علت اصلی و ۸٪ علت زمینه ای فوت ثبت شده بود. ۲۵٪ از پرونده های مورد مطالعه کد گذاری نشده بودند. ۱۳/۷٪ از کدهای موجود در پرونده ها با تشخیص نهایی مطابقت نداشت. در ۵۲/۴٪ پرونده ها اصول تشخیص نویسی صحیح توسط پزشکان رعایت نشده بود و در ۳۶/۵٪ از پرونده ها کد گذاری با دقت انجام نشده بود.

**نتیجه گیری:** نتایج این بررسی نشان داد که فرایند مستندسازی پرونده های پزشکی توسط ارایه دهندگان مراقبت های بهداشتی درمانی بطور ناقص انجام می شود و این امر منجر به از دست دادن اطلاعات بیماران بستری می گردد، بنابراین توجه و اهتمام بیشتر مسئولین، پزشکان و کارشناسان مدارک پزشکی به این امر در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ضروری بنظر می رسد.

**واژه های کلیدی:** مدارک پزشکی، مستندسازی، بیماران بستری

۱- مؤلف مسئول: مربی آموزش مدارک پزشکی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل  
۲- مربی آمار زیستی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل  
۳- استادیار جراحی عمومی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل  
۴- مربی بهداشت مادر و کودک دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

## مقدمه

مدارک پزشکی مدرکی دایمی و قانونی است که باید شامل اطلاعات کافی برای شناسایی بیمار و توجیهی برای تشخیص، درمان و ثبت نتایج درمان باشد. با توجه به اینکه مستند سازی در مدارک پزشکی توسط ارایه کنندگان مراقبت های بهداشتی، پزشکان، پرستاران و متخصصین درمان بعنوان فعالیت ثانویه ارایه مراقبت بیماران محسوب می شود، بنابراین ممکن است مستند سازی همیشه صحیح، کامل، ضروری و مورد پسند نباشد [۱].

تحلیل منظم مستند سازی در مدارک پزشکی، برای کنترل محتوا باید انجام شود تا ارتباط اطلاعات مراقبت بیمار را کامل کرده و یک شاهد از طول ناخوشی و درمان بیمار برای موارد مختلف قانونی، پرداخت و بررسی های ارزشیابی و اطلاعات بالینی در فعالیت های آموزشی، تحقیقاتی و اداری را آماده کند [۱].

در طول دهه اخیر بسیاری از مدیران و برنامه ریزان سطوح عالی بهداشتی و درمانی در هر کشوری در صدد یافتن عوامل موثر بر کیفیت درمان و میزان تاثیر آنها می باشند و در همین راستا جمعی از صاحب نظران پی به اهمیت اطلاعات بهداشتی درمانی برده و تحقق شعار «ارتقای کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی از طریق ارتقای کیفیت اطلاعات» را جزو اهداف اصلی خود قرار داده اند. این مسئله به نوبه خود برنامه های کنترل کیفی در بیمارستان ها را ایجاب می کند. مراکز و موسسات درمانی باید برنامه کنترل کیفی مکتوب داشته باشند که به وسیله کادر پزشکی و اداری و هیات رئیسه آنها به تصویب رسیده باشد. علاوه بر این مراکز موسسات درمانی باید کنترل کیفی را به منظور ارزیابی مستمر کیفیت مراقبت های درمانی بطور مداوم اعمال نمایند. هدف از این کار دسترسی به بالاترین استاندارد مراقبت های بیمار است که می تواند از طریق منابع قابل دسترسی تحقق یابد [۲].

جمع آوری اطلاعات با فرآیند ثبت نام بیمار یعنی تکمیل برگ پذیرش و خلاصه ترخیص بیمار شروع می شود و بوسیله اخذ تاریخچه و معاینات بدنی او دنبال

می شود که نتایج آن کالبد بزرگی از اطلاعات اختصاصی برای بیمار تازه پذیرش شده می باشد [۳].

پرونده پزشکی بیمار، بعنوان اولین و مهمترین منبع جمع آوری اطلاعات می باشد، زیرا هر پرونده شامل اطلاعات کافی جهت شناسایی کامل یک بیمار خاص، ثبت مسایل بهداشتی وی و ثبت نتیجه هر گونه معالجه می باشد. کلیه ارایه دهندگان مراقبت به گونه ای در صدور مدارک پزشکی دخالت دارند بطوریکه مسئولیت تنظیم، تصحیح و تکمیل مدارک پزشکی در درجه اول با پزشک معالج، مسئولیت نهایی تکمیل پرونده پزشکی در طی مدت بستری بعهده پرستار بخش، مسئولیت بررسی کمی و کیفی پرونده پزشکی بعهده کارکنان بخش مدارک پزشکی و بالاخره بررسی پرونده های ناقص بعهده کمیته های پزشکی از جمله کمیته مدارک پزشکی می باشد [۴].

در مطالعه نیران و همکاران با عنوان کیفیت و پایایی ثبت اطلاعات پرونده بیماران مشخص گردید که ۸٪ اصلاً ثبت نشده بود، ۳٪ بطور ناقص و ۱٪ بطور ناخوانا ثبت شده بود [۵].

در مطالعه ای که در سال ۱۳۷۷ بر روی ۱۸ فرم اصلی و مخصوص پرونده های پزشکی سه ماهه اول سال در بیمارستان های عمومی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گرفت نشان داد که از نظر ثبت عناصر اطلاعاتی هیچیک از ۱۸ فرم استاندارد پرونده پزشکی در واحدهای مورد پژوهش بطور کامل (۱۰۰٪) تکمیل نشده بودند. برگ پذیرش و خلاصه ترخیص از لحاظ اطلاعات هویتی (شماره پرونده، نام، نام خانوادگی، نام پدر، سن، شغل، آدرس، اجازه معالجه و عمل جراحی و امضاء) بطور ۱۰۰٪ و تشخیص نهایی در ۶۲٪ ثبت شده بود و اطلاعات مربوط به پرسنل پرستاری در ۱۰۰٪ موارد عدم ثبت رانسان می داد [۶].

در مطالعه دیگری که در سال ۱۳۸۰ تحت عنوان ارزیابی ثبت اطلاعات بیماران بستری در بیمارستان های کشور توسط محرابی و همکاران بر روی ۵۸۰۵ پرونده بیماران بستری بیمارستان های دولتی و غیر دولتی بر اساس ثبت اطلاعات برگ پذیرش و خلاصه ترخیص

انجام شد مشخص گردید که ۳/۳۱٪ از پرونده ها فاقد تشخیص نهایی بود و با وجود تلاش های انجام گرفته در زمینه تقویت ثبت اطلاعات بیماران بستری و کدگذاری آنها مبنی بر طبقه بندی بین المللی بیماری ها هنوز مشکلات زیادی در ثبت اینگونه داده ها وجود دارد و بیانگر نیاز به توجه و اهتمام بیشتر مسئولین و پزشکان و کارشناسان به این امر می باشد [۷].

اگر از دید یک پزشک معالج به مسئله مدارک پزشکی بنگریم، مشکل ما در مدارک پزشکی فقدان پرونده های کامل و دقیق و خوانایی است که از آنها سیر سلامتی بوضوح آشکار باشد [۸].

با توجه به اینکه فرم پذیرش و خلاصه ترخیص اولین برگ یک پرونده پزشکی را تشکیل می دهد و فرایند ثبت اطلاعات با تکمیل این برگ شروع می شود، مندرجات این برگ از اهمیت خاصی برخوردار است و در حقیقت خلاصه ای از پرونده بیمار را منعکس می کند. این برگ می بایست بطور کامل توسط متصدیان پذیرش، پزشکان معالج، پرستاران مسئول بخش و کدگذاران مدارک پزشکی تکمیل گردد. با توجه به ضرورت ثبت اطلاعات بیماران و تاثیر آن در درمان واز آنجا که تا کنون تحقیقی در مورد ارزیابی کیفیت و کمیت ثبت اطلاعات بیماران بستری در استان اردبیل صورت نگرفته است، بنابراین مطالعه حاضر به منظور ارزیابی کیفیت و کمیت ثبت اطلاعات بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل به انجام رسید.

## مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی \_ مقطعی گذشته نگر (Cross - Sectional) بوده و بر روی پرونده بیماران بستری سال ۱۳۸۰ بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شده است. حجم نمونه با اطمینان ۹۵٪ و خطای ۰/۵٪ حداقل ۳۶۸ مورد بود که در نهایت تعداد ۳۷۰ فقره پرونده ابتدا به روش نمونه گیری طبقه ای تصادفی از ۸ بیمارستان مورد پژوهش متناسب با تعداد پرونده های بستری سالانه هر بیمارستان و سپس در داخل پرونده

های هر بیمارستان بصورت تصادفی سیستماتیک انتخاب گردید. بیمارستان های مورد نظر شامل بیمارستان علوی، فاطمی، بوعلی و علی اصغر اردبیل و امام خمینی خلخال (مراکز آموزشی و درمانی) و بیمارستان های ۱۷ شهریور و طالقانی گرمی، امام خمینی پارس آباد و ولی عصر مشگین شهر (بیمارستان های درمانی) بوده است. داده های مطالعه بر اساس فرم پذیرش و خلاصه ترخیص در قالب چک لیستی از روی پرونده های انتخابی جمع آوری گردید، بر اساس قسمت اول این چک لیست کلیه عناوین برگ پذیرش و خلاصه ترخیص از نظر ثبت و یا عدم ثبت اطلاعات بررسی گردید. بر اساس قسمت دوم چک لیست صحت کدگذاری توسط کدگذاران و تشخیص نویسی توسط پزشکان معالج بررسی گردید، جهت پر نمودن اطلاعات قسمت دوم چک لیست کلیه اوراق پرونده بستری مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس اطلاعات جمع آوری از قسمت اول چک لیست به ارزیابی کمی ثبت اطلاعات و بر اساس قسمت دوم چک لیست به ارزیابی کیفی ثبت اطلاعات پرداخته شد. منظور از ارزیابی کیفی، بررسی میزان دقت و صحت کدگذاری توسط کدگذاران بصورت طیف دقت می باشد (بلی، تا حدودی، خیر) و دقت و صحت تشخیص نویسی صحیح توسط پزشک معالج بصورت بلی و خیر بود. تعیین دقت و صحت کدگذاری از طریق تطبیق کد داده شده با تشخیص موجود در پرونده صورت گرفت و بررسی صحت تشخیص نویسی توسط پزشک معالج نیز بر اساس اصول تشخیص نویسی صحیح مبتنی بر نیازهای ICD-10<sup>1</sup> صورت گرفت داده های بدست آمده وارد برنامه نرم افزاری SPSS گردید و نتایج در قالب جداول ارائه گردید. جمع آوری همه داده ها بوسیله چک لیست ها توسط خود محقق انجام گرفت.

## یافته ها

بر اساس نتایج بدست آمده مشخص گردید که اطلاعات هویتی نظیر نام خانوادگی در ۱۰۰٪ موارد، نام

1. International statistical Classification of Diseases

جدول ۱. توزیع فراوانی وضعیت ثبت اطلاعاتی بالینی توسط پزشک

| معالجات در پرونده های مورد مطالعه |         |      |          |      |     |
|-----------------------------------|---------|------|----------|------|-----|
| وضعیت ثبت تشخیص بالینی            | ثبت شده |      | ثبت نشده |      | جمع |
|                                   | تعداد   | درصد | تعداد    | درصد |     |
| تشخیص اولیه                       | ۲۶۶     | ۷۱/۹ | ۱۰۴      | ۲۸/۱ | ۳۷۰ |
| تشخیص حین درمان                   | ۲۱۸     | ۵۸/۹ | ۱۰۵      | ۲۸/۱ | ۳۷۰ |
| تشخیص نهایی                       | ۲۲۵     | ۶۰/۸ | ۱۴۵      | ۳۹/۲ | ۳۷۰ |
| اقدامات جراحی درمانی اول          | ۱۳۷     | ۳۷   | ۵۲       | ۱۴   | ۲۶۳ |
| تشخیص نهایی دوم                   | ۳۸      | ۱۰/۳ | ۹۷       | ۲۶/۲ | ۱۳۵ |
| اقدامات درمانی جراحی دوم          | ۲۳      | ۶/۲  | ۴۴       | ۱۲   | ۶۷  |
| علل خارجی حوادث                   | ۴       | ۱/۱  | ۴۳       | ۱۱/۶ | ۴۷  |
| وضعیت بیمار هنگام ترخیص           | ۱۱۶     | ۳۱/۴ | ۲۵۴      | ۶۸/۶ | ۳۷۰ |
| توصیه های پس از ترخیص             | ۷۷      | ۲۰/۸ | ۲۹۳      | ۷۹/۲ | ۳۷۰ |
| علت اصلی فوت                      | ۴       | ۱/۱  | ۹        | ۲/۴  | ۱۳  |
| علت زمینه ای فوت                  | ۱       | ۰/۳  | ۱۲       | ۳/۲  | ۱۳  |
| میانگین                           | ۳۵٪     |      | ۶۵٪      |      |     |

جدول ۲. توزیع فراوانی وضعیت ثبت کد اطلاعات بالینی توسط کد گزاران در پرونده های مورد مطالعه در سال ۸۰

| وضعیت ثبت کد اطلاعات بالینی | ثبت شده |      | ثبت نشده |      | جمع |
|-----------------------------|---------|------|----------|------|-----|
|                             | تعداد   | درصد | تعداد    | درصد |     |
| کد تشخیص اولیه              | ۱۸۹     | ۵۱   | ۱۸۱      | ۴۹   | ۳۷۰ |
| کد تشخیص حین درمان          | ۱۴۰     | ۳۷/۸ | ۲۳۰      | ۶۲/۲ | ۳۷۰ |
| کد تشخیص نهایی              | ۱۳۱     | ۳۵   | ۲۳۹      | ۶۵   | ۳۷۰ |
| کد اقدام جراحی درمانی اول   | ۱۰۱     | ۲۷   | ۲۶       | ۷    | ۱۳۷ |
| کد تشخیص نهایی دوم          | ۲۵      | ۶/۲  | ۱۱۰      | ۳۰   | ۱۳۵ |
| کد اقدام درمانی جراحی دوم   | ۱۰      | ۲/۴  | ۵۸       | ۱۶   | ۶۸  |
| کد علل خارجی حوادث          | ۳       | ۰/۸  | ۴۴       | ۱۲   | ۴۷  |
| کد علت اصلی فوت             | ۴       | ۱/۱  | ۹        | ۲/۴  | ۱۳  |
| کد علت زمینه ای فوت         | ۱       | ۰/۳  | ۱۲       | ۳/۲  | ۱۳  |
| میانگین                     | ۳۵٪     |      | ۶۵٪      |      |     |

و نام پدر هر کدام ۹۹/۵٪، آدرس محل سکونت ۹۹/۲٪، بخش بستری ۹۴/۳٪، پزشک معالج ۸۸/۴٪، نوع بیمه ۷۴/۶٪ و تاریخ ترخیص در ۹۲/۴٪ موارد در پرونده ها ثبت شده بود. متوسط ثبت این عناوین در برگ پذیرش و خلاصه ترخیص در پرونده های مورد مطالعه ۸۶٪ بود. تاریخ تولد با ۹۷/۶٪ و محل تولد ۴۸/۴٪ به ترتیب بیشترین و کمترین مورد ثبت را به خود اختصاص داده بودند. در رابطه با ثبت اطلاعات بالینی توسط پزشک معالج در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص در پرونده های مورد مطالعه اطلاعات بدست آمده نشان داد که در حدود ۳۹/۲٪ از تشخیص نهایی در برگ پذیرش و خلاصه ترخیص ثبت نشده بود اقدامات درمانی اولیه، علت اصلی فوت و علل خارجی حوادث نیز به ترتیب در ۴۸٪، ۶۹٪ و ۹۱٪ موارد در برگ پذیرش و خلاصه ترخیص ثبت نشده بود. بیشترین ثبت با ۷۱/۹٪ مربوط به تشخیص اولیه و کمترین با ۸٪ مربوط به علت زمینه ای مرگ بود (جدول ۱).

در رابطه با کدگذاری تشخیص ها و اقدامات درمانی در برگ پذیرش و خلاصه ترخیص توسط کد گزاران، وضعیت بدین ترتیب بود که کد تشخیص نهایی، اقدام جراحی اول، علل خارجی و علت اصلی فوت به ترتیب ۴۲٪، ۲۶٪، ۶۹٪ و ۷۳٪ موارد در پرونده ها ثبت نشده بود. در این گروه از داده ها بیشترین ثبت با ۷۴٪ مربوط به کد اقدام جراحی و درمانی اول و کمترین با ۸٪ مربوط به کد علت زمینه ای فوت بود (جدول ۲).

در ۵۲/۴٪ از پرونده ها اصول تشخیص نویسی صحیح توسط پزشکان معالج رعایت نشده بود. ۷۵/۶٪ از

جدول ۳. توزیع فراوانی تطابق اطلاعات بالینی ثبت شده با کدهای موجود در برگ پذیرش و خلاصه ترخیص و تعیین میزان تشخیص نویسی صحیح توسط پزشک معالج و دقت کد گزاران در پرونده های مورد مطالعه

| وضعیت تطابق موارد بررسی                                   | بلی    |      |       |      |        |      |       |      |
|---|--------|------|-------|------|--------|------|-------|------|
|   | کاملاً |      |       |      | تأخیری |      |       |      |
|   | تعداد  | درصد | تعداد | درصد | تعداد  | درصد | تعداد | درصد |
| کدهای اختصاص یافته با تشخیص نهایی مطابق است               | ۹۹     | ۷۵/۶ | ۱۴    | ۱۰/۷ | ۱۸     | ۱۳/۷ | ۱۳۱   | ۱۰۰  |
| کدهای اختصاص یافته با کد اقدامات درمانی و جراحی مطابق است | ۶۶     | ۶۵   | ۲۲    | ۲۳   | ۱۲     | ۱۲   | ۱۰۱   | ۱۰۰  |
| رعایت اصول تشخیص نویسی صحیح توسط پزشک معالج               | ۱۷۶    | ۴۷/۶ | -     | -    | ۱۹۴    | ۵۲/۴ | ۳۷۰   | ۱۰۰  |
| دقت کد گزار   | ۱۴۳    | ۵۱/۴ | -     | -    | ۱۳۵    | ۴۸/۶ | ۲۷۸   | ۱۰۰  |

با وجودی که ۷۱٪ از پرونده های تحت مطالعه اقدام جراحی یا تشخیصی داشته اند، تنها ۵۲٪ آن در برگ ها ثبت شده بود و از بین ثبت شده ها ۷۴٪ کدگذاری شده بودند. ۱۲/۷٪ از بیماران بعلت حوادث، آسیب ها و مسمومیت ها بستری شده بودند که فقط ۸/۵٪ پرونده ها علت خارجی حوادث ثبت شده بود و تنها ۲۷٪ از ثبت شده ها کدگذاری شده بودند. در مطالعه محرابی و همکاران ۱۲٪ پرونده ها به علت آسیب های ناشی از علل خارجی حوادث بود که تنها ۲/۷٪ علل خارجی حوادث در پرونده ها ثبت شده بود [۷] که درمقایسه، وضعیت استان اردبیل بهتر از سطح کشوری بود. در ۶۸/۶٪ پرونده ها وضعیت بیمار هنگام ترخیص و ۷۶/۳٪ از پرونده ها توصیه های پس از ترخیص ثبت نشده بود، که تقریباً مشابه مطالعه محرابی و همکاران بود.

با وجود اینکه در ۳۶/۵٪ از پرونده ها تشخیص نهایی دوم محرز بود ولی فقط ۲۸/۱٪ از آنها در برگه ها ثبت شده بود و تنها ۱۸٪ از موارد ثبت شده کدگذاری شده بودند. از ۱۸٪ موارد اقدام جراحی و تشخیصی دوم، تنها ۳۴٪ در برگ ها ثبت شده بود و تنها ۱۵٪ موارد ثبت شده کدگذاری شده بود. از ۳/۵٪ موارد پرونده های فوتی تنها در ۳۱٪ علت اصلی و ۸٪ علت زمینه ای فوت ثبت شده بود و همه ثبت شده ها کدگذاری هم شده بودند. در ۳۶/۵٪ از پرونده ها دقت در کدگذاری وجود نداشته است. ۲۵٪ از کل پرونده های مورد مطالعه اصلاً کدگذاری نشده بودند و اصول تشخیص نویسی صحیح مبتنی بر معیارهای ICD توسط پزشکان معالج در ۵۲/۴٪ از پرونده های مورد مطالعه رعایت نشده بود.

از یافته های مطالعه حاضر می توان چنین نتیجه گرفت که:

- ثبت اطلاعات هویتی توسط متصدیان پذیرش به عنوان اولین مستندسازان پرونده پزشکی اگر چه بطور کامل صورت نگرفته بود ولی در مقایسه با سایر گروهها از وضعیت بهتری برخوردار بود و تقریباً ۸۶٪

کدهای اختصاص یافته به تشخیص ها و ۶۵/۳٪ از کدهای اختصاصی به اقدامات درمانی جراحی صحیح بود. در نهایت دقت کدگذاران بر اساس ثبت کلیه کدهای لازم و ثبت صحیح کلیه کدها تا یک رقم اعشار در حد ۳۸/۵٪ بود (جدول ۳).

## بحث

یافته های حاصل از این پژوهش نشان داد که اطلاعات مربوط به سن، جنس، محل تولد و وضعیت تاهل به ترتیب در ۲/۴٪، ۵/۹٪، ۵۱/۶٪ و ۱۵/۷٪ موارد در پرونده ها ثبت نشده بود.

یافته های مطالعه حاضر در این زمینه با مطالعه محرابی و همکاران که در کل کشور و در سال ۱۳۸۰ به انجام رسید مطابقت دارد، عدم ثبت تولد که در مطالعه حاضر نزدیک به دو برابر تحقیق فوق یعنی ۲۷٪ بود [۷]. در رابطه با اطلاعات بالینی ۲۸/۱٪ تشخیص اولیه، ۴۱/۱٪ تشخیص حین درمان و ۳۹/۲٪ تشخیص نهایی ثبت نشده بودند. این در حالی است که در مطالعه محرابی و همکاران ۳۱/۵٪ تشخیص اولیه و ۳۱/۳٪ تشخیص نهایی در پرونده ها ثبت نشده بود [۷].

در مطالعه آریایی مشخص گردید که ۶۲٪ تشخیص نهایی در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص ثبت شده است [۶]. مقایسه بین این مطالعه و مطالعات قبلی نشان می دهد که وضعیت ثبت تشخیص نهایی در مطالعه حاضر نامطلوب تر است ولی در هر حال در کل کشور از نظر ثبت تشخیص ها وضعیت مطلوبی وجود ندارد، بطوریکه باین شرایط نزدیک به یک سوم (۳۵٪) اطلاعات تشخیصی بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل از طریق این بانک اطلاعاتی قابل دسترسی نیست که این رقم در ایجاد بانک اطلاعاتی بیماران بستری در سطح کشور بی تاثیر نخواهد بود. ۴۹٪ تشخیص اولیه و ۴۲٪ تشخیص نهایی ثبت شده کد گذاری نشده بودند. این وضعیت در رابطه با تشخیص نهایی درمقایسه با سطح کشوری که ۲۹/۸٪ بود [۷]، بمراتب نامناسب تر است.

داده های مربوط به این گروه ها در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص ثبت شده بود.

- ثبت اطلاعات بالینی توسط پزشکان معالج بعنوان عمده ترین گروه های ارایه کننده مراقبت که اطلاعات پزشکی مهم و زیادی را تولید می کنند، بصورت مطلوب صورت نمی گیرد. بطور کلی پزشکان معالج باید به گونه ای پرونده های پزشکی را تکمیل نمایند که سیر بیماری واضح و شفاف باشد و نیز محتوی اطلاعات مفید و کاربردی از لحاظ پژوهشی باشد، بنابراین با وجود پرونده های ناقص چنین شرایطی امکان پذیر نخواهد بود.

- کد گذاری بیماری ها و اعمال جراحی و تشخیصی توسط کدگذاران مدارک پزشکی بطور مطلوب صورت نمی گیرد.

- مستندسازی پرونده های پزشکی توسط ارایه دهندگان مراقبت های بهداشتی-درمانی بطور ناقص صورت میگیرد. بنابراین عدم تکمیل به موقع و صحیح عناصر اطلاعاتی و عدم حضور متخصصین مدارک پزشکی در شناسایی و بر طرف نمودن نقایص موجود، حفظ حقوق قانونی بیماران، تهیه اطلاعات جهت تحقیقات پزشکی، آموزش کادر مراقبت های بهداشتی، مطالعات عمومی و بررسی های کیفی را با مشکل روبرو می سازد و صدمات جبران ناپذیری را به هریک از استفاده کنندگان مدارک پزشکی وارد می نماید [۹].

وجود پرونده های ناقص با مستندات ضعیف بالینی، تشخیصی و کلیه اطلاعات مربوط به بیمار از جانب ارایه کنندگان مراقبت اثرات سوء از نظر فرآیند مراقبت و درمان بر روی بیمار خواهد داشت. زیرا مدارک ناقص نمی تواند منعکس کننده یک درمان مطلوب و صحیح باشد. وجود پرونده های ناقص از نظر ثبت اطلاعات هویتی، پذیرشی و اطلاعات بالینی بویژه تشخیص نهایی و وضعیت بیمار هنگام ترخیص از جمله مواردی هستند که از نظر جنبه قانونی در پرونده ایجاد اشکال می نمایند و به چنین پرونده های از نظر قانونی نمی توان استناد نمود [۴]. بطوریکه مطالعات انجام شده در کشور ایران بیانگر این مطلب است که مدیریت سیستم

اطلاعات بهداشتی کنونی در کشور ما بسیار ضعیف عمل می کند [۱۰]. در نهایت اینکه وجود پرونده های پزشکی ناقص امکان انجام تحقیقات کاربردی در زمینه تحقیقات بالینی نخواهد داد. نتیجه گیری کلی از نتایج پژوهش نشان می دهد که علیرغم تلاش های صورت گرفته در سال های اخیر در زمینه تقویت ثبت اطلاعات بیماران بستری و کدگذاری آنها بر مبنای ICD، آموزش پزشکان در زمینه تشخیص نویسی صحیح مبتنی بر معیارهای ICD - 10 هنوز مشکلات زیادی در ثبت اینگونه داده ها وجود دارد که بیانگر نیاز به توجه و اهتمام بیشتر مسئولین، پزشکان و کارشناسان به این امر در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل می باشد.

با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهادات زیر ارایه می گردد:

۱- توجه هرچه بیشتر ارایه دهندگان مراقبت های بهداشتی - درمانی به تکمیل پرونده های پزشکی و اهمیت به نقشی که پرونده پزشکی کامل در درمان بیمار دارد.

۲- وجود دستورالعمل های اجرایی واضح در رابطه با نحوه تکمیل پرونده های پزشکی و مشخص نمودن مسئولیت هر یک از گروه ها در تکمیل پرونده های پزشکی بیماران.

۳- چون پزشکان بیشترین اطلاعات پرونده را تولید می کنند، لازم است که مهارت نوشتن و ثبت داده های تولید شده بعنوان یک وظیفه شغلی از همان دوران تحصیلات پزشکی به پزشکان آموزش داده شود و بعنوان یک ضرورت در بالاترین نقطه لیست مهارت های پزشکان قرار گیرد. این مهارت را می توان با برگزاری کارگاه های آموزشی مستندسازی پرونده های پزشکی در دوره کارورزی ایجاد نمود.

۴- برگزاری کارگاه های آموزشی مربوط به اصول مستندسازی جهت پزشکان و گروه های مسئول در ثبت داده های مراقبتی.

## تشکر و قدردانی

بدینوسیله از زحمات مدیر کل محترم پژوهش و آمار و اطلاع رسانی دانشگاه جناب آقای دکتر سیدهاشم سزاوار و همچنین از آقای دکتر سید مرتضی شمشیرگران که در ویرایش مقاله ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر می نمایم.

## منابع

- ۱- لنگری زاده مصطفی. مدیریت اطلاعات بهداشتی، چاپ اول، تهران: موسسه فرهنگی هنری دیباگران، سال ۱۳۸۱، صفحه ۱۹۵.
- ۲- حاجوی اباذر، سرباز معصومه، مرادی نسربین. مدارک پزشکی (۳) و (۴)، چاپ اول، تهران: شرکت نشر الکترونیکی و اطلاع رسانی جهان رایانه، سال ۱۳۸۱، صفحات ۲۳۹ تا ۲۴۰.
- ۳- صفدری رضا، فرزندی پور مهرداد. نقش اطلاعات بهداشتی درمانی در کنترل کیفیت مراقبت‌های درمانی، نشریه آموزشی خبری انجمن علمی مدارک پزشکی ایران، زمستان ۱۳۷۵، سال دوم، شماره ششم، صفحات ۳۳ تا ۳۴.
- ۴- دمازی بهزاد. اصول پرونده نویسی صحیح، جزوه آموزشی کارگاه آموزشی پرونده نویسی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، سال ۱۳۸۱.
- 5-Niiranen S, Lamminen H. Quality and reliability of patient record information in permanent ac treatment follow-up. Available from [www.informatica.org/2002/S2/papers](http://www.informatica.org/2002/S2/papers).
- ۶- آریایی منیژه. بررسی محتوایی مدارک پزشکی در بیمارستان‌های عمومی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سه ماهه اول سال ۱۳۷۷، فصلنامه علمی - پژوهشی مدیریت اطلاع رسانی پزشکی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، پاییز ۱۳۸۰، سال چهارم، شماره دهم و یازدهم، صفحات ۶۵ تا ۷۰.
- ۷- محرابی ید ا...، امیری میر سجاد، درایه سیمین، میناوند بهمن، محمد حسینی طاهره، صادقی قطب آبادی فرزانه. ارزیابی ثبت اطلاعات بیماران بستری در بیمارستان‌های کشور در سال ۱۳۸۰، اولین کنگره بین

المللی اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، طب جنوب، سال پنجم، ویژه نامه زمستان ۱۳۸۱، صفحه ۴۶.

۸- نشریه آموزشی خبری انجمن علمی مدارک پزشکی ایران. سال دوم، شماره ششم، زمستان ۱۳۷۵، صفحه ۴. 9-Skurka MF. Organization of Medical Record Department in Hospital. 2nd ed. New York: American Hospital Publishing Inc. 1988:2.

۱۰- طیبی جمال الدین، حاجوی اباذر، راننده کلانش لیلا. بررسی تطبیقی برنامه درسی دوره کارشناسی ارشد مدارک پزشکی در چند کشور منتخب و ارایه الگوی مناسب برای ایران. فصلنامه علمی-پژوهشی، مدیریت اطلاع رسانی پزشکی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۰، سال چهارم، شماره دهم و یازدهم، صفحه ۱۱.